



APRESENTAÇÃO DE LAUDO MÉDICO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____,
documento de identidade nº _____, CPF nº _____, **declaro**, nos termos da Lei nº 12.711/2012, alterada pela Lei nº 13.409/2016, e da Portaria Normativa MEC nº 18/2012, em sua atual redação, que estou apto(a) a ocupar vaga destinada a pessoa com deficiência no curso de _____ da UFOP, para o qual fui convocado(a) para matrícula na _____ chamada. Declaro, ainda, que a minha deficiência é atestada por **laudo(s) médico(s) anexo(s)**, assinado(s) por:

| | | |
|--|---|-------|
| _____ | - | _____ |
| Nome completo do médico especialista | | CRM |
| _____ | - | _____ |
| Nome completo do médico generalista/especialista | | CRM |

Identificação da deficiência: _____,

CID nº _____ (de acordo com o laudo médico).

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: [Informe as limitações causadas pela(s) sua(s) deficiência(s)]

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE NECESSÁRIOS AO ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES ACADÊMICAS: [Indique os recursos que você precisará na UFOP]

[] Não precisarei de recursos de acessibilidade para o acompanhamento das atividades acadêmicas.

Estou ciente de que o laudo médico e os documentos comprobatórios da deficiência serão submetidos à verificação por comissão designada pela UFOP. Tenho ciência de que deverei acompanhar a(s) publicação (publicações) de validação do meu ingresso como participante de vaga reservada para pessoas com deficiência, na página do Vestibular/UFOP > Graduação a Distância.

Também declaro conhecimento de que a apresentação de documento inverídico ensejará o cancelamento da matrícula, após o devido processo legal.

Assinatura do(a) candidato(a):

Local e Data

Assinatura